

Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: revisión de alcance*

End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: Scope Review

Cuidados de final de vida na unidade de terapia intensiva: revisão de escopo

Laura Valentina Alvarado Caro

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1228-3023>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.cfvu>

Recibido: 25 enero 2023

Aceptado: 25 febrero 2023

Publicado: 15 octubre 2023

Ángela María Henao-Castaño^a

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

angmhenaocas@unal.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4203-0016>

Resumen:

Introducción: los cuidados al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) están orientados a ofrecer atención a la persona que está cerca del final su vida, su objetivo es aliviar el sufrimiento y atender sus necesidades mentales, emocionales y espirituales. **Objetivo:** identificar los cuidados al final de la vida del paciente adulto en las UCI. **Metodología:** se realizó una revisión de literatura tipo *scoping review*, siguiendo el PRISMA-ScR. Se hizo la búsqueda de artículos en español, inglés y portugués en 16 bases de datos durante el periodo 2001-2022. La extracción y selección de datos se realizó con la herramienta web Rayyan. Finalmente, se seleccionaron 35 artículos. **Resultados:** el idioma predominante de los artículos seleccionados fue inglés (82 %), y el país de mayor procedencia fue Estados Unidos (31 %). Los resultados se presentaron en tres temáticas: a) cuidados al paciente, b) cuidados a la familia, y c) percepciones del personal de salud. **Conclusiones:** se encontró que los cuidados al final de la vida que más se reportan son el uso de fármacos como morfina, midazolam y lorazepam, así como la comunicación temprana entre el personal de salud, el paciente y su familia. Dentro de los cuidados, enfermería tiene un rol muy importante, pues esta brinda la atención de manera holística, al ser orientadora y educadora y al dar acompañamiento integral a la familia durante y después del proceso del final de vida.

Palabras clave: unidades de cuidado intensivo, cuidado en el final de la vida, adulto, paciente, enfermedad crítica.

Abstract:

Introduction: End-of-life care in the Intensive Care Unit (ICU) is aimed at offering care to the person who is near the end of their life, and its objective is to alleviate suffering and attend to mental, emotional and spiritual needs. **Objective:** Identify end-of-life care for adult patients in ICUs. **Method:** Scoping review of the literature was carried out following the PRISMA-ScR. A search was made for articles in Spanish, English and Portuguese in 16 databases during the period 2001-2022. The extraction and selection of data were carried out using the Rayyan web tool. Finally, 35 articles were selected. **Results:** The predominant language of the selected articles was English (82 %), and the country of origin was United States (31 %). The results were presented in three categories: a) patient care, b) family care, and c) perceptions of health personnel. **Conclusions:** The most reported end-of-life care is the use of drugs such as morphine, midazolam and lorazepam, as well as early communication between health personnel, patients and their families. Within care, nursing has a very important role, since it provides care in a holistic way, being a guide and educator, and providing comprehensive support to the family during and after the end-of-life process.

Keywords: intensive care units, end of life care, adult, patient, critical illness.

Resumo:

Introdução: os cuidados de fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) visam oferecer cuidados à pessoa que se aproxima do fim da vida, e cujo objetivo é aliviar o sofrimento e atender às suas necessidades mentais, emocionais e espirituais. **Objetivo:** identificar os cuidados de fim de vida para pacientes adultos em UTI. **Método:** foi realizada uma *scoping review* da literatura seguindo o PRISMA-ScR. Foi feita uma busca de artigos em espanhol, inglês e português em 16 bases de dados durante o período 2001-2022. A extração e seleção de dados foi realizada usando a ferramenta web Rayyan. Ao final, foram selecionados 35 artigos. **Resultados:** o idioma predominante dos artigos selecionados foi o inglês (82 %) e o país de maior procedência foram os Estados Unidos (31 %). Os resultados foram apresentados em três temas: a) assistência ao paciente, b) assistência à família ec) percepções do pessoal de saúde. **Conclusões:** constatou-se que os cuidados de fim de vida mais relatados são o uso de medicamentos como morfina, midazolam e lorazepam, bem como a comunicação precoce entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. No

cuidado, a enfermagem tem um papel muito importante, pois presta cuidados de forma holística, sendo orientadora e educadora, e dando suporte integral à família durante e após o processo de terminalidade da vida.

Palavras-chave: unidades de terapia intensiva, cuidados de fim de vida, adulto, paciente, estado crítico.

Introducción

La UCI es, según Marshall et al. (1) un sistema dirigido a pacientes en estado crítico, que brinda atención médica y de enfermería intensiva y especializada, una mayor capacidad de monitoreo y modalidades de soporte fisiológico para mantener la vida durante un periodo de insuficiencia orgánica. En la UCI los pacientes tienen alteraciones en sus funciones vitales y un alto riesgo de perder la vida; por lo que, mediante intervenciones invasivas, se busca mantenerlos estables, con el objetivo de alcanzar su recuperación. Aun así, según Velarde et al. (2), dadas las condiciones clínicas complejas de los pacientes en estas unidades, se han evidenciado tasas de mortalidad altas.

En el transcurso de final de la vida se debería evitar implementar tratamientos que no están indicados para fases finales (3). Sin embargo, en las UCI se continúa con tratamientos de soporte vital que prolongan la vida del paciente y también su sufrimiento. Los cuidados al final de la vida son intervenciones que permiten tener un proceso de muerte digna. El objetivo es aliviar el sufrimiento y atender necesidades mentales, emocionales y espirituales, con el fin de no prolongar tratamientos y respetar los deseos de la persona cuya vida está finalizando (4).

Para enfermería estos cuidados son relevantes ya a que, según Hebert et al. (5), las enfermeras asumen el papel de comunicadoras de información y sentimientos de pacientes y familias hacia el equipo sanitario. Así mismo, González et al. (6), mencionan que las enfermeras establecen una relación que les permite conocer qué expectativas y deseos tienen con respecto al tratamiento al final de vida.

Debido a lo anteriormente expuesto, es importante realizar la revisión de alcance para conocer la evidencia disponible sobre los cuidados al final de la vida en la UCI, con el objetivo de aportar conocimiento a la atención humanizada basada en la evidencia que beneficie al paciente y a su familia en el proceso de final de vida.

Método

Para la revisión del alcance se usó el PRISMA-ScR (7), una lista de verificación de 22 ítems que orienta la presentación de informes para las revisiones de alcance. Se planteó la pregunta orientadora “¿cuáles son los cuidados al final de la vida del paciente adulto en la UCI?”, siguiendo la estrategia PCC (población, concepto, contexto). En población se incluyeron estudios con población adulta; en concepto los cuidados al final de la vida; y en el contexto se consideraron los cuidados dados en la UCI. El protocolo se registró en Open Science Framework con doi 10.17605/OSF.IO/Y8K59 (8).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios en inglés, español y portugués a los que se tuviera acceso completo al texto original, sin delimitar el tiempo en el que fueron publicados. Se tomaron en cuenta estudios cualitativos y cuantitativos, así como literatura gris disponible. Se excluyeron artículos de opinión, capítulos de libros, y textos con población pediátrica y cuyo contexto no fuera la UCI.

Fuentes de información

Se usaron como fuentes de información 16 bases de datos, las cuales se encuentran especificadas en la tabla 1.

Búsqueda

Se utilizaron los descriptores MeSH “adult”, “patients”, “critical illness”, “terminal care” e “intensive care units”, empleando en la ecuación de búsqueda el operador booleano AND. Las ecuaciones se adaptaron según idioma y base de datos. En la tabla 1 se encuentran los resultados de búsqueda actualizados al 25 de junio de 2023, sin embargo, en la revisión se incluyeron solo los resultados obtenidos hasta el 11 de septiembre de 2022 (486 estudios).

TABLA 1
Ecuaciones de búsqueda y resultados según idioma

Idioma	Ecuación	Base de datos	Resultados
Inglés	((adult) AND (patients) AND ("critical illness")) AND ("terminal care") AND ("intensive care units")	PubMed	66
		Science Direct	58
		Web of Science	12
		CINAHL	18
		EMBASE	25
		Scopus	152
		LILACS	1
		BVS	44
		EBSCO	47
		OpenGrey	0
		NDLTD	1
		ACS Publications	0
		DART-E	0
Scielo	5		
Google Académico	Selección manual: 29		
Español	((adulto) AND (pacientes) AND ("enfermedad crítica")) AND ("cuidado terminal") AND ("unidades de cuidados intensivos")	BVS	17
		LILACS	0
		Scielo	1
		Google Académico	7
Portugués	((adulto) AND (pacientes) AND ("estado terminal")) AND ("assistência terminal") AND ("unidades de terapia intensiva")	BVS	18
		LILACS	1
		Scielo	0
		BDTD	0
		Google Académico	6

Fuente: Elaboración propia

Selección de fuentes de evidencia

La revisión y análisis de los textos la realizaron dos evaluadores, resolviendo desacuerdos sobre el proceso, seleccionando estudios y extrayendo datos por discusión y consenso entre los revisores.

Proceso de gráficos de datos (*data charting*)

De la búsqueda se obtuvieron 486 estudios. Estos resultados se importaron en la plataforma Rayyan (9) que identificó 450 artículos, de los cuales 173 fueron eliminados por duplicidad. Posteriormente se hizo la lectura y análisis crítico, con el fin de incluir artículos que cumplieran los criterios de inclusión, lo que permitió la selección de 35 artículos para la revisión. El procedimiento para selección de artículos se encuentra detallado en la figura 1.

Elementos de datos (*data items*)

Los artículos incluidos fueron organizados en una matriz de Excel donde se extrajeron los siguientes datos: título, autores, fuente/revista de publicación, país, año de publicación, tipo de estudio, idioma, población/participantes, contexto, intervención, resultados e información adicional relevante.

Síntesis de resultados

Durante el análisis de resultados, se lograron identificar temáticas comunes entre los artículos incluidos en la revisión de alcance. Esto permitió establecer tres categorías en relación con los cuidados al final de la vida en las UCI: a) cuidados al paciente, b) cuidados a la familia, y c) percepciones del personal de salud. Cada artículo fue asignado a una o más de estas categorías según el tema tratado en su estudio, siendo así que, si en los hallazgos se hablaba sobre los cuidados al paciente y también de los cuidados a la familia, el artículo era asignado a ambas categorías con el fin de poder organizar los resultados de la presente revisión de alcance. El detalle de las categorías asignadas a los artículos se encuentra especificado en la figura 1.

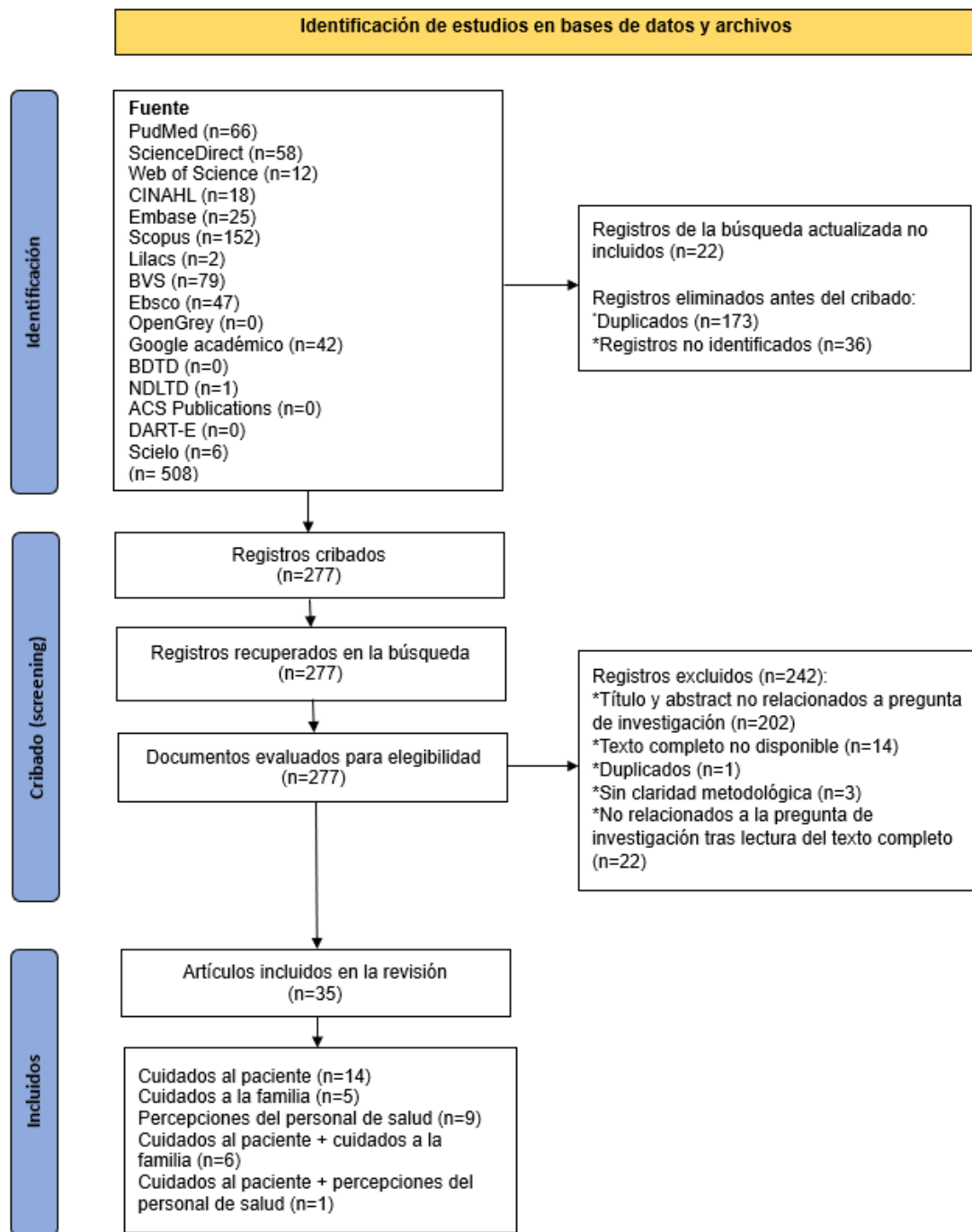


FIGURA 1
 Diagrama Prisma
 Fuente: Elaboración propia

Resultados

Los 35 artículos fueron publicados entre 2001 y 2022, y se redactaron en inglés [29], en español [4] y en portugués [2]. Con relación al lugar de los estudios, se encontró que los países registrados fueron Estados Unidos [11], Canadá [4], España [3], Australia [3], Jordania [2], Brasil [2], Países Bajos [2], Suecia [2], Europa [1], Taiwán [1], Asia y África [1], Indonesia [1], Colombia [1] y México [1].

Cuidados al paciente

En los estudios se encuentra que el dolor es el síntoma más reportado en los pacientes. Está asociado a procedimientos invasivos como sondas, catéteres venosos y ventilación mecánica. En algunos estudios, estos procedimientos se realizaron hasta la muerte de los pacientes (especialmente en países de ingresos bajos y medios), lo que lleva a altos niveles de ansiedad, miedo y agonía (10-13). En otros estudios se encontró que se suspenden estos procedimientos al final de la vida, evidenciando así variaciones en la práctica en cuanto al retiro o continuación del soporte vital (14-16).

Con relación a los fármacos, los más utilizados son morfina, midazolam y lorazepam, los que ayudan al confort del paciente y generan mayor satisfacción en la familia (14,17-18). Por otro lado, se menciona el uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas para la disnea, ansiedad, delirio y/o fiebre que presentan estos pacientes (19).

La comunicación entre el personal, el paciente y su familia está directamente relacionada con el cuidado. Una buena comunicación se asocia con menores probabilidades de RCP en la última hora de vida, un aumento de cuidados paliativos y la presencia de la familia al final de la vida, respetando la autonomía del paciente (12,20-23). Por otro lado, contar con un equipo especializado en cuidados al final de la vida lleva a un mayor uso de medicamentos para tratar la ansiedad, agitación, disnea, dolor y secreciones respiratorias, y la realización de menos procedimientos invasivos innecesarios (24).

En la revisión se encontró un estudio que buscaba cumplir deseos de fin de vida. Estos incluían humanizar el entorno de la UCI colocando pertenencias del paciente, realizando actuaciones musicales y generando recuerdos agradables, lo que reconfortó a los pacientes y seres queridos en los momentos del final de la vida (25).

Por último, desde enfermería son necesarias e importantes las intervenciones para el control del dolor, confusión, sedación y la propia enfermedad del paciente, así como apoyo emocional, psicológico, espiritual y cultural (6,19,26-27).

Cuidados a la familia

Durante el proceso del final de vida es inevitable hablar sobre la familia, son ellos quienes viven la experiencia y continúan su vida tras este suceso. Es imprescindible atender sus necesidades, aportar información clara y realista, y brindar un acompañamiento continuo (28). En primer lugar, la comunicación determina la calidad de la atención: cuando es dada de forma integral, honesta, precisa, no contradictoria y con lenguaje sencillo, alivia el sentimiento de ansiedad que los familiares pueden llegar a sentir y crea un ambiente más humanizado en la UCI (19,21,29-31).

Otros cuidados apreciados por las familias son los relacionados con el confort, ya que ver a su familiar cómodo los hace sentir más tranquilos. Esto incluye el manejo del dolor, la humectación de labios y piel; el cambio de ropa y tendido de cama; los cambios de posición; y el cuidado y aseo regular de boca y ojos (30). Por otra parte, el acompañamiento de enfermería es importante para el afrontamiento de la pérdida. Las enfermeras integran información y facilitan su intercambio entre los profesionales y la familia, lo que permite una mejor comprensión y preparación ante la muerte del paciente (6,30,32-33).

Con relación a las visitas, las familias desean quedarse con el paciente para cantar a su lado, recostarse con su familiar y tener un mayor contacto físico para facilitar la despedida. Permitir estas actividades son acciones que disminuyen los niveles de estrés y angustia de la familia (31,33).

Por último, las familias aprecian cuando una enfermera está con ellos tras el fallecimiento de su familiar, escuchándolos, brindando atención psicológica y espiritual y permitiéndoles expresar emociones (22,34).

Percepciones del personal de salud

En los estudios se mencionaron barreras en el personal de salud para la atención al final de la vida. En primer lugar, se encontró una falta de protocolos relacionados con los cuidados paliativos en las instituciones. También, el personal de salud refiere no tener conocimiento sobre cómo brindar los cuidados, y tienen dificultad para comunicarse con las familias, por lo que estos se limitan a dar la información básica sobre su ser querido, afectando el cumplimiento del rol de enfermería (13,29,35-38).

En otros estudios se reportaron dificultades con el cuidado espiritual, ya que no son capacitados para abordar esta área (38-39). Otras barreras expresadas por los profesionales fueron la carga emocional que se presenta cuando la muerte de un paciente no es fortuita; y la edad del paciente, ya que es más fácil brindar atención a pacientes de edad avanzada (36). Por otro lado, una familia conflictiva afecta las actividades de enfermería relacionadas con los cuidados al final de la vida (40).

Finalmente, en cuanto a barreras externas se encuentra la estricta política de visitas en la UCI, la cual dificulta llevar a cabo los cuidados al final de la vida. También los enfermeros reportaron no contar con el tiempo suficiente para proporcionar los cuidados, lo cual está relacionado con la falta de espacio, nivel de ocupación en la UCI, escasez de medios para brindar comodidad, y la falta de privacidad en las unidades (36,41-42).

Discusión

Los hallazgos de la revisión revelan que, dentro de los cuidados a los pacientes, la literatura coincide en cuanto al uso de fármacos; que se asociaron a una mayor comodidad del paciente al final de la vida y a un mejor manejo de síntomas (14,17-19).

Relacionado al soporte vital, se encontró que la ventilación mecánica lleva a altos niveles de ansiedad, agitación y miedo (10); aun así, en algunos estudios los tratamientos invasivos se realizan hasta la muerte en la mayoría de los pacientes (11-12). Esto sugiere que no se está llevando a cabo un retiro del soporte vital de manera estandarizada.

Con respecto a la relación entre personal y familia, la comunicación anticipada sobre el pronóstico se asocia a mayores probabilidades de presencia de familiares en las últimas horas de vida (12). Esto último es considerado un aspecto positivo para la familia, ya que puede experimentar el duelo en privado y tener un ambiente pacífico al momento del fallecimiento (30,34). Sin embargo, se menciona en otro estudio que el acompañamiento y una política de visitas abiertas se asoció con mayores probabilidades de dolor en el paciente en las últimas horas de vida (20).

Por otro lado, el papel de enfermería es fundamental para dar una muerte humanizada, pero los profesionales han reportado no tener todo el conocimiento sobre cómo brindar los cuidados relacionados con la espiritualidad y para establecer comunicación con la familia (35-39). Esto da razón a que en los demás estudios mencionados en (28) se encuentra que el rol y el papel de la enfermera durante el proceso de toma de decisiones al final de la vida son mínimos (28).

Limitaciones

No se pudo acceder al texto completo de los artículos que arrojó la búsqueda en las bases de datos, y por esa razón se eliminaron algunos, los cuales no se incluyeron en la revisión de alcance.

Conclusión

Los cuidados al final de la vida en la UCI para adultos abarcan tanto al paciente como a su familia a lo largo del proceso. Estos cuidados pueden limitarse y verse comprometidos por barreras identificadas por el personal de salud involucrado en la atención al final de la vida. En la presente revisión se identificaron cuidados importantes como el uso de analgésicos y la comunicación temprana y oportuna entre paciente, familia y personal. Aun así, se observaron diferencias entre algunos cuidados que pueden ser profundizadas en futuras investigaciones, como la toma de decisiones frente a tratamientos invasivos y limitación terapéutica, las visitas y el acompañamiento al final de la vida, y las barreras percibidas por el personal para dar un cuidado respetuoso con el paciente en etapa de fin de vida.

Por último, entre las recomendaciones para la práctica de la enfermería se tienen las siguientes: a) es importante ampliar la investigación sobre la calidad de comunicación desde enfermería para identificar fallas y proponer acciones que permitan mejorar los cuidados; b) es necesario trabajar en los cuidados espirituales, ya que hay una percepción de no saber cómo aplicarlos, y ello afecta la atención al final de la vida.

Financiación

La revisión no contó con apoyo económico de ningún tipo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Marshall J, Bosco L, Adhikari N, Connolly B, Díaz J, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*. 2017;37:270-6.
2. Verlarde J, González S, Meneses A, Tovar A, Cardenete C, Palacios D. La limitación terapéutica en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista ROL de Enfermería*. 2016; 39(5):332-6.
3. Marín Ojea JI, Escajedo L. La Vida al final de la vida: un reto social pendiente. *Hospitalarias Humanización y Bioética*. 2009 agosto-septiembre;9:12-3. Disponible en: https://www.hospitalarias.es/wp-content/uploads/2016/05/La_vida_al_final_de_la_vida._Un_reto_social_pendiente_xHospitalarias_287x.pdf
4. Razmaria A. End-of-Life Care. *JAMA*. 2016; 316(1):115. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2532015>
5. Hebert K, Moore H, Rooney J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *The Ochsner journal*, 2011;11(4):325-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>
6. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. *Enfermería intensiva*, 2019;30(2):78-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.02.001>
7. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. Prisma Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;2;169(7):467-73. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>; <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>

8. Open Science Framework. Cuidados al final de la vida en unidades de cuidado intensivo adulto: una revisión de alcance. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Y8K59>
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016. 5:210. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
10. Nelson JE, Danis M. End-of-life care in the intensive care unit: where are we now? *Critical care medicine*, 2001;29(2 Suppl):N2–N9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-200102001-00002>
11. Almansour IM, Ahmad MM, Alnaeem MM. Characteristics, Mortality Rates, and Treatments Received in Last Few Days of Life for Patients Dying in Intensive Care Units: A Multicenter Study. *The American journal of hospice & palliative care*, 2020;37(10):761–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049909120902976>
12. Lo ML, Huang CC, Hu TH, Chou WC, Chuang LP, Chiang MC, Wen FH, Tang ST. Quality Assessments of End-of-Life Care by Medical Record Review for Patients Dying in Intensive Care Units in Taiwan. *Journal of pain and symptom management*, 2020; 60(6):1092–9.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.002>
13. Rao SR, Salins N, Joshi U, Patel J, Remawi BN, Simha S, Preston N, Walshe C. Palliative and end-of-life care in intensive care units in low- and middle-income countries: A systematically constructed scoping review. *Journal of critical care*, 2022;71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154115>
14. Laserna A, Durán-Crane A, López-Olivo MA, Cuenca JA, Fowler C, Díaz DP, Cardenas YR, Urso C, O'Connell K, Fowler C, Price KJ, Sprung CL, Nates JL. Pain management during the withholding and withdrawal of life support in critically ill patients at the end-of-life: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 2020; 46(9):1671-1682. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06139-7>
15. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T, Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*, 2003;290(6):790-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>
16. Rocker GM, Cook DJ, Shemie SD. Brief review: Practice variation in end of life care in the ICU: implications for patients with severe brain injury. *Canadian journal of anaesthesia*. 2006;53(8):814-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF03022799>
17. Rocker GM, Heyland DK, Cook DJ, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, O'Callaghan CJ. Most critically ill patients are perceived to die in comfort during withdrawal of life support: a Canadian multicentre study. *Canadian journal of anaesthesia*. 2004;51(6):623-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF03018407>
18. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I. Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 2007;51(4):395-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2006.01250.x>
19. Altuna-Peñacoba M. Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI en pacientes COVID-19. [Trabajo de Fin de Grado]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2021. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698139/altuna_penacoba_mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Kruser JM, Aaby DA, Stevenson DG, et al. Assessment of Variability in End-of-Life Care Delivery in Intensive Care Units in the United States. *JAMA Netw Open*. 2019;2(12):e1917344. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2757377>
21. Griffin, JP, Nelson JE, Koch KA, Niell HB, Ackerman TF, Thompson M, Cole FH Jr, American College of Chest Physicians. End-of-life care in patients with lung cancer. *Chest*, 2003;123(1 Suppl):312S–331S. Disponible en: https://doi.org/10.1378/chest.123.1_suppl.312s
22. Alyami HM, Chan RJ, New K. End-of-life care preferences for people with advanced cancer and their families in intensive care units: a systematic review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 2019;27(9):3233-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04844-8>

23. Matos Gouveia TB, Barbosa Aleluia IM. Cuidado multiprofesional para o paciente terminal na uti: uma revisão sistemática. *International Journal of Health Education* 2017;1(1):31. Disponible en: <https://doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v1i1.1519>
24. Tabibian BE, Salehani AA, Kuhn EN, Davis MC, Shank CD, Fisher WS. Transitioning the Treatment Paradigm: How Early Palliative Care Service Involvement Affects the End-of-Life Course for Critically Ill Patients in the Neuro-Intensive Care Unit. *Journal of palliative medicine*, 2019;22(5):489-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0428>
25. Reeve BK, Dennis BB, Dechert W, Longo B, Heels-Ansdell D, Scholes A, Clarke FJ, Arthur JR, Cook DJ. Community implementation of the 3 Wishes Project: an observational study of a compassionate end-of-life care initiative for critically ill patients. *CMAJ open*, 2021;9(3):E757-64. Disponible en: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200273>
26. Sukraandini NK. Hindu Nurses' Lived Experiences of Caring for Patients at the End of Life in Intensive Care Unit in Indonesia [Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science]. [Tailandia]: Prince of Songkla University; 2016. Disponible en: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11201/1/412368.pdf>
27. Robichaux CM, Clark AP. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2006;15(5):480-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16926369/>
28. Cilla-Intxaurraga A, Martínez-Martín M. Competencia de la enfermera en el proceso de limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Med. Paliat*. 2018;25(3):195-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003>
29. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. *Critical care nursing quarterly*, 2005;28(4):302-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00002727-200510000-00002>
30. Coventry A. An exploration of end-of-life care in the intensive care unit: A systematic review of qualitative studies investigating the experiences and perceptions of the patient's family [Tesis]. [Australia]: Australian Catholic University. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.4226/66/5a9dbc0f33627>
31. Baggs JG, Norton SA, Schmitt MH, Sellers CR. The dying patient in the ICU: role of the interdisciplinary team. *Critical care clinics*, 2004;20(3):525–xi. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.008>
32. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LC. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 2016;33:56-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004>
33. Johnson JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Kross EK, Smith NL, Hanada JC, Doll O'Mahoney SK, Curtis JR. The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU. *Critical care medicine*, 2014;42(9):1991-2000. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000000412>
34. Kirchhoff KT, Faas AI. Family support at end of life. *AACN advanced critical care*, 2007;18(4):426-35. <https://doi.org/10.1097/01.AACN.0000298635.45653.c8>
35. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LC. The Perspectives of Intensive Care Unit Nurses About the Current and Ideal Nursing End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*;2016;18(3):212-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000221>
36. Velarde García J, Pulido-Mendoza R, Moro-Tejedor M, Cachón-Pérez J, Palacios-Ceña D. Nursing and End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2016;18;115-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000217>
37. Riegel M, Randall S, Ranse K, Buckley T. Healthcare professionals' values about and experience with facilitating end-of-life care in the adult intensive care unit; *Intensive and Critical Care Nursing*.2021;65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103057>

38. Fernandes M, Komessu JH. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas [Nurses' challenges in view of the pain and suffering of families of terminal patients]. *Revista da Escola de Enfermagem* 2013;47(1);250-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100032>
39. Hernández Zambrano SM, Carrillo Algarra AJ, Estupiñan Avellaneda YJ, González Rodríguez AC, Martínez Herrera E, Enciso Olivera CO, Gómez Duque M. Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*. 2020;29(2):111-21. Disponible en: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.934>
40. Beckstrand RL, Lamoreaux N, Luthy KE, Macintosh JL. Critical Care Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles: Comparative 17-Year Data. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*. 2017;36(2):94-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000234>
41. Abu Sharour L, Subih M, Salameh O, Alrshoud M. End-of-life care (EOLC) in Jordanian critical care units: Barriers and strategies for improving. *Crit Care Shock*. 2019; 22:88-97.
42. Tillquist M. *Caring for the Critically Ill at the End-of-Life: Nurses' Experiences of Palliative Care in Brazilian ICUs – a Minor Field Study* [Dissertation]. [Borås, Suecia]: University of Borås, Faculty of Caring Science, Work Life and Social Welfare. 2015.

Notas

- * Artículo original de investigación.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar este artículo: Henao-Castaño, Ángela M., & Alvarado Caro, L. V. (2023). Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: revisión de alcance. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.cfvu>